FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 77

DU

# CLOISONNEMENT DU VAGIN

DANS

# LA CHUTE DE LA MATRICE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JUILLET 1887*

PAR

JEAN SÉGUINARD

Né le 22 Septembre 1858 à Savignac, canton d'Auros (Gironde)

MM.

Noms des Examinateurs

LANELONGUE, Professeur, *Président.*
VIAULT, Professeur,
PLANTEAU, Agrégé, *Juges.*
DENUCÉ, Agrégé,

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX
*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 77

DU

# CLOISONNEMENT DU VAGIN

DANS

# LA CHUTE DE LA MATRICE

## THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 JUILLET 1887*

PAR

JEAN SÉGUINARD

Né le 22 Septembre 1858 à Savignac, canton d'Auros (Gironde)

MM.

Noms des Examinateurs

| | |
|---|---|
| LANELONGUE, Professeur, | *Président.* |
| VIAULT, Professeur, | *Juges.* |
| PLANTEAU, Agrégé, | *Juges.* |
| DENUCÉ, Agrégé, | *Juges.* |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

*Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD*

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

# FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
## DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ . . Doyen honoraire.

### PROFESSEURS

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICE.....

| | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER. |
| Thérapeutique | DE FLEURY. |
| Hygiène | LAVET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PICOT. PITRES. |
| Clinique chirurgicale | DEMONS. LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | |
|---|---|
| SECTION DE MÉDECINE | |
| Pathologie interne et Médecine légale | LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. |
| SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS | |
| Pathologie externe | DUDON. BOURSIER. PILCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ. |
| Accouchements | LEFOUR. |
| SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES | |
| Anatomie et Physiologie | PLANTEAU. FERRÉ. |
| Histoire naturelle | NABIAS. |
| SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES | |
| Physique | BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | DENIGES |
| Pharmacie | CARLES. |

### CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. N. | Maladies mentales. . . N.

### COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie. . . . . CARLES, agrégé.

*Le Secrétaire de la Faculté,* LEMAIRE.

---

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

---

A MES MAITRES

---

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

# MONSIEUR LE PROFESSEUR LANELONGUE

# INTRODUCTION

Le but de ce travail est d'étudier la modification apportée par M. le professeur Lanelongue à la méthode de cloisonnement antéro-postérieur du vagin imaginée par M. le professeur Le Fort pour remédier au prolapsus complet de l'utérus.

Nous espérons pouvoir démontrer que le cloisonnement artificiel du vagin est la seule opération qui mérite toute la confiance des chirurgiens, qui, pour des raisons variables, peuvent être amenés à demander à une intervention opératoire la cure d'un prolapsus complet de la matrice.

Voici comment nous procèderons : Nous décrirons d'abord le prolapsus utérin en général ; puis, nous énumérerons les divers traitements qui ont été préconisés soit pour remédier aux inconvénients qu'il présente, soit pour en obtenir la cure radicale. Et, à propos de l'opération de M. Le Fort, nous exposerons les modifications qu'y a apportées M. Lanelongue.

Enfin, après avoir donné les contre-indications du cloisonnement, nous énumérerons un certain nombre de précautions qu'il sera bon de prendre, si l'on veut s'assurer le succès.

Que notre maître, M. le professeur Lanelongue, dont nous avons eu la bonne fortune de suivre l'enseignement et à qui nous devons l'idée première de ce travail inaugural, reçoive ici l'hommage respectueux de notre gratitude et nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de remercier également M. Petit, interne des hôpitaux, pour les renseignements qu'il a bien voulu nous donner sur l'observation qui fait l'objet de notre travail.

DU

# CLOISONNEMENT DU VAGIN

## DANS LA CHUTE DE LA MATRICE

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Du prolapsus utérin en général. — Indications du traitement.

Du prolapsus utérin en général. — La chute de l'utérus (prolapsus utérin, descente de matrice, procidence utérine), qui est le déplacement de l'utérus en totalité de haut en bas, offre des variétés qui ne sont que les divers degrés de la même lésion. On en distingue généralement trois degrés : dans le premier, l'organe est un peu plus bas qu'à l'état normal ; dans le second, la matrice est descendue au fond de l'excavation pelvienne ; dans le troisième, elle fait, hors de la vulve, une saillie plus ou moins prononcée. Nous ne nous occuperons pas du premier degré, parce que, vu son peu d'importance et l'efficacité de moyens moins radicaux, on ne

saurait songer à lui opposer les opérations sanglantes de la chirurgie. Nous ne considèrerons que les cas où l'utérus est assez descendu pour donner lieu à des symptômes plus qu'incommodes et légitimer l'intervention du chirurgien.

Huguier (1) prétend que tous ou presque tous les cas de chute complète ou précipitation de l'utérus sont dus à des hypertrophies longitudinales de la portion sus-vaginale du col. Cet allongement et cette hypertrophie se produisent, il est vrai, quelquefois, mais ne sont pas de beaucoup aussi fréquents qu'il le croit. Ce qui se produit assez souvent, c'est l'allongement du col par distension. Nous avons observé un remarquable exemple de cet allongement hypertrophique, il y a environ trois mois, dans le service de notre maître, M. le professeur Lanelongue.

Dans la chute incomplète, le corps de la matrice est dans la cavité pelvienne, derrière le bas-fond de la vessie, quelquefois au niveau de l'arcade pubienne ou derrière la symphise. Si la descente est complète, l'organe abandonnant la cavité du petit bassin, le rectum et la vessie se rapprochent et ne sont plus séparés que par les annexes de l'utérus. Le vagin, retourné en doigt de gant, contient la matrice, située au-dessous et en avant de l'arcade pubienne, appuyée contre la face postérieure de la vessie, ou quelquefois renversée en arrière et adossée au rectum. L'organe est souvent modifié dans sa forme et son volume. Ainsi, on le voit allongé d'avant en arrière, ce que l'on constate au moyen de l'hystéromètre. Le col, très souvent hypertrophié, est rouge, ulcéré; la muqueuse sécrète un liquide muco-purulent. Le museau de tanche a ses lèvres enflammées, hypertrophiées.

La vessie, entraînée par la paroi antérieure du vagin, se

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine,* tome XXIV.

renverse en arrière et en bas, et son bas-fond, suivi de la paroi antérieure, vient former un *diverticulum* contenu dans la tumeur du prolapsus, entre le vagin retourné, d'une part, la portion sus-vaginale du col et le col utérin, d'autre part. Cette poche peut descendre dans la partie la plus déclive du sinus, c'est-à-dire jusqu'à distendre le cul-de-sac vaginal antérieur retourné. On conçoit les changements apportés par cet état dans la direction et la courbure de l'urèthre, dont la concavité devient inférieure et même antérieure. Le méat urinaire, en conséquence, est déprimé et attiré plus bas qu'à l'état normal. Le rectum est beaucoup plus rarement entraîné que la vessie.

Le vagin offre des parois amincies, distendues, quelquefois épaissies par l'inflammation, adhérentes même au col. Dans les prolapsus anciens, la muqueuse vaginale a perdu ses caractères pour revêtir ceux de la peau.

La vulve est élargie, la commissure postérieure effacée, le périnée souvent aminci.

Les ligaments de l'utérus sont tiraillés, amincis, quelquefois enflammés. Les plus affectés sont les utéro-sacrés, puis viennent les ligaments larges; les ligaments ronds ne sont modifiés que dans les cas de précipitation complète. Tantôt les ovaires et les pavillons des trompes restent au niveau du détroit supérieur, tantôt ils sont entraînés peu à peu par l'utérus dans le petit bassin. Enfin, les culs-de-sac du péritoine augmentant de profondeur, se rapprochent de la paroi périnéale, et l'intestin vient y faire hernie, comme nous en avons observé un cas où le périnée, distendu et aminci par la masse intestinale, avait provoqué une chute du rectum.

Toutes les causes qui relâchent ou tiraillent les ligaments de l'utérus, toutes celles qui augmentent le poids de l'organe peuvent en produire l'abaissement. A ce double titre, la

grossesse, surtout répétée à de courts intervalles et chez les femmes trop jeunes, est considérée comme la cause peut-être la plus commune du prolapsus utérin, surtout si, à la fréquence de la parturition, vient s'ajouter la longueur ou la difficulté des accouchements. Si à ces causes on ajoute la marche, la station debout, les chutes, les efforts peu de temps après les couches, on comprendra la fréquence de l'abaissement de l'utérus à ses divers degrés chez les femmes qui ont eu des enfants. Cependant, les femmes enceintes ou qui ont eu des enfants ne sont pas seules exposées à la chute de l'utérus, car, parmi les personnes affectées de cette infirmité, on en trouve qui n'ont jamais eu d'enfants. Les causes étrangères à la grossesse qui peuvent produire l'abaissement ou la chute de la matrice sont : les chutes sur les pieds, les efforts répétés qui refoulent les organes abdominaux (vomissements, toux convulsive), la constipation habituelle si commune chez les femmes et les efforts de défécation qu'elle nécessite, les affections qui augmentent le poids intrinsèque de l'utérus, tels que engorgements, tumeurs.

La station debout prolongée et habituelle, que nous n'avons fait que signaler plus haut, mérite une mention spéciale par son influence déplorable autant que certaine sur la production des abaissements et des chutes de la matrice. Cette cause est, après les grossesses, peut-être au même degré que les grossesses, l'étiologie la plus banale de la procidence utérine (1). Aussi, celle-ci, est-elle par excellence la maladie des femmes du peuple, de celles surtout qui exercent des professions fatigantes nécessitant, en même temps que la station debout, des efforts considérables.

(1) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.* — Sur 61 malades observées, 4 seulement n'avaient pas eu d'enfants, 11 en avaient eu un seul, et les 49 autres en avaient eu chacune plusieurs, quelques-unes d'entre elles jusqu'à neuf, dix et onze.

Les malades affectées de la chute de la matrice ressentent d'abord un tiraillement dans la région lombaire et aux aines, douleur dans les lombes, pesanteur à la partie inférieure du rectum, épreintes, sensation de corps étranger dans le vagin tendant à saillir à la vulve. Selon le degré de compression de la vessie ou de la cystocèle accompagnant la chute de l'utérus, l'émission des urines est plus ou moins entravée, il y a dysurie et quelque fois de la cystite qui se caractérise par du ténesme vésical; des calculs vésicaux peuvent se former et l'irritation de la vessie peut se propager aux uretères, aux reins. L'irritation de l'utérus déplacé, la gêne de la circulation dans ses vaisseaux, donnent lieu presque toujours à une inflammation chronique, avec tuméfaction de l'organe qui contribue à en augmenter le poids et, par conséquent, à en exagérer la descente, ou tout au moins à le maintenir dans sa situation vicieuse. Un écoulement leucorrhéique se remarque presque constamment. Beaucoup de malades présentent un malaise général, un dépérissement dus aux tiraillements d'estomac et au dérangement des digestions, effets sympathiques de la souffrance de l'utérus. La congestion menstruelle en exagère encore les douleurs.

Si le prolapsus est très prononcé, l'urine baigne la tumeur utéro-vaginale, l'irrite; le frottement des cuisses, le contact des vêtements y causent des excoriations, des ulcérations douloureuses et interminables. C'est ce qui explique l'insistance avec laquelle les malades demandent à être débarrassées de leur affection (1).

Le prolapsus, abandonné à lui-même, tend incessamment à faire des progrès et à arriver au dernier degré, à la préci-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, février 1877. Observation de M. Le Fort.

pitation complète. Il est rare, en effet, qu'il s'arrête dans sa marche ; et, dans l'immense majorité des cas, la chute de la matrice reste une infirmité à tendance progressive, rebelle aux traitements les plus divers, que la chirurgie a longtemps considérée comme inaccessible à ses moyens et dont elle finit par triompher aujourd'hui.

Indications du traitement du prolapsus. — L'exposé des symptômes ou inconvénients que présente le prolapsus utérin nous montre qu'on doit intervenir dans cette affection. Le chirurgien ne pouvait rester insensible devant une telle infirmité ; il devait donc diriger tous ses efforts vers ce double but : 1° ramener l'utérus à sa place ; 2° l'y maintenir.

La première indication est, en général, facile à remplir. Chez la plupart des femmes, en effet, le prolapsus se réduit soit par le décubitus horizontal, soit à l'aide d'une légère pression exercée sur la tumeur. Quelques moyens résolutifs aideraient à la réduction si un prolapsus se trouvait irréductible ou difficilement réductible.

C'est donc la seconde indication qui est de beaucoup la plus importante ; la médecine est impuissante dans cette affection. Que peuvent, en effet, des liquides astringents contre l'allongement des ligaments suspenseurs de l'utérus? Nous verrons également que les pessaires sont non seulement insuffisants, mais encore gênants. Toute opération susceptible de remplacer un appareil gênant et insuffisant est donc préférable à cet appareil, à la condition qu'elle ne fasse pas courir de risques sérieux et que le bénéfice puisse en être durable. Ce sont ces considérations qui ont poussé les chirurgiens à imaginer un si grand nombre de procédés dans le but d'arriver à la cure radicale de la procidence de l'utérus. C'est aussi la raison qui nous a engagé à exposer le cloison-

nement du vagin et les modifications qu'y a apportées M. Lanelongue.

« Ce que nous demandent les malades, disait M. le professeur Le Fort à la Société de chirurgie, ce n'est pas de remonter l'utérus à sa place normale, c'est d'empêcher qu'il ne sorte de la vulve, et même il importe peu que celle-ci soit soulevée par les efforts, si elle est assez fermée à toute issue de l'utérus (1). »

Tout procédé, néanmoins, doit tendre autant que possible à la perfection, et le raccourcissement des ligaments suspenseurs de l'utérus serait évidemment ici la perfection.

Dans son *Traité d'anatomie topographique,* M. Tillaux avait proposé la ténotomie des ligaments ronds pour remédier à l'antéflexion de l'utérus (2). Cette opération a été exécutée dans ces dernières années, et, plus récemment encore, un certain nombre de chirurgiens américains ont appliqué ce traitement au prolapsus utérin (3). Nous ne croyons pas, malgré les succès étonnants qu'on retire de la méthode antiseptique, qu'on soit en droit de faire subir aux malades une opération qui est loin d'être bénigne, alors que, par un procédé facile et peu grave, on peut obtenir le même résultat, c'est-à-dire le maintien de l'utérus à sa place.

Nous ne parlerons donc pas du traitement médical; toutefois, nous passerons rapidement en revue le traitement par les appareils, afin de nous rendre compte de ce qu'on doit en

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie,* février 1877.

(2) Tillaux, *Traité d'anatomie topographique,* fascicule 3e.

(3) Dès 1840, Alquier, de Montpellier, avait proposé cette opération qui nous est revenue sous des noms étrangers. — *Prolapsus utérin, traité par le raccourcissement des ligaments ronds, combiné avec la colpopérinéorrhaphie,* par R. Winslow (*Med. News.*, 29 novembre 1884). W Reid et G. Elder. *Raccourcissement des ligaments ronds pour remédier aux déviations et chutes de l'utérus* (Nov. 1884). *Une nouvelle opération pour la cure de l'abaissement de l'utérus,* par le Dr Adam, *in Galsgow med. Journal,* 1884. (Raccourcissement des ligaments ronds.)

attendre en même temps que nous rappellerons les griefs qu'on leur a reprochés. Nous arriverons ainsi à l'étude du traitement chirurgical. Nous exposerons brièvement les diverses opérations qui, antérieurement au cloisonnement du vagin, ont été imaginées pour remédier au prolapsus complet de la matrice. Enfin, nous décrirons le procédé du cloisonnement et les modifications qui y ont été apportées.

## CHAPITRE II

### Traitement du prolapsus utérin par les appareils.

Ceintures hypogastriques. — Les ceintures hypogastriques ayant pour effet de soutenir les intestins et d'empêcher ces viscères de presser sur l'utérus, on conçoit que ces appareils puissent rendre des services comme adjuvants dans le traitement de la procidence utérine. Mais leur mode d'action même fait comprendre leur insuffisance et leur infériorité vis-à-vis des pessaires. Les ceintures n'empêchent pas la chute de l'utérus ; on ne saurait leur demander autre chose que de soulager celui-ci d'une partie du poids qui tend à l'abaisser.

Pelotes périnéales. — Les pelotes périnéales soutiennent médiatement par l'intermédiaire du périnée l'utérus abaissé sur le plancher pelvien. C'est là un appareil très simple et excellent quand la matrice n'atteint pas la vulve et surtout ne la dépasse pas. Il s'oppose à la distension du périnée et au passage du prolapsus à un degré plus avancé.

La pelote périnéale n'est pas passible du reproche de corps étranger du vagin, que l'on peut adresser à tous les pessaires.

Mais, pour pouvoir l'appliquer, faut-il qu'il y ait un périnée. Ce qui n'a pas lieu dans les cas assez fréquents de procidence accompagnée de déchirure de ce plancher.

Pessaires. — Les pessaires supportent tous directement la matrice, mais prennent diversement leur point d'appui. On les divise donc en deux catégories : ceux qui ont leur point d'appui dans le vagin et ceux qui le prennent au dehors.

*Pessaires à point d'appui intra-vaginal.* — Selon la forme des pessaires de cette classe, ils agissent simplement en élargissant le vagin et par suite en s'y appuyant pour soutenir l'utérus réduit, ou bien en s'arc-boutant sur la partie antérieure du détroit inférieur ou sur le périnée. Qu'elle qu'en soit la matière, qu'elle qu'en soit la forme, ils se rapportent tous à l'un au moins de ces moyens d'action, plusieurs se comportent d'une manière mixte et ont un point d'appui complexe. Dans cette catégorie, nous ne ferons que citer les pessaires extemporanés, tampons d'ouate, de charpie, éponges, etc.; les pessaires en anneau (Sims, Dumontpallier), en gimblette, en bondon, cylindriques, élytroïdes (de Cloquet), à air (de Gariel) ; en huit de chiffre, à plaques articulées de Zwarck; d'Eulembourg; de Savage.

*Pessaires à point d'appui extérieur.* — Ceux-ci, par leur portion vaginale, agissent soit sur le col de l'utérus, soit sur le cul-de-sac antérieur. Le point d'appui est une ceinture, par l'intermédiaire soit d'une tige recourbée et articulée (pessaires hystérophores de Coxeter, de Roser, de Becquerel, de Grandcollot), soit de lacs (Bilboquet), soit d'une plaque vulvaire avec sous-cuisses (Borgniet).

Les pessaires à point d'appui purement vaginal ne maintiennent l'utérus réduit qu'à la condition d'être eux-mêmes fixes, ce qui ne peut arriver qu'autant que la distension du

vagin et le volume de l'appareil rendent le contact des parties plus étroit. Mais, le vagin étant élastique, comme toute élasticité diminue par suite d'une pression continue, la cavité s'élargit, le poids de l'utérus abaisse le pessaire devenu relativement trop petit et il faut le remplacer par un plus gros. C'est un cercle vicieux dont les termes sont : agrandissement du vagin, effet et cause de l'augmentation du volume du pessaire.

Ce reproche de distension graduelle et d'inefficacité à plus ou moins bref délai (1) qu'on peut adresser, avec raison, aux pessaires à point d'appui exclusivement vaginal, atteint moins directement ceux à développement intérieur avec élargissement partiel, qui s'arc-boutent au pubis ou au périnée. Mais ceux-là encourent d'autres reproches : s'ils compriment peu, ils glissent par leur partie postérieure sur la concavité du sacrum et basculent ; s'ils se maintiennent bien, c'est au prix d'une compression plus forte, répartie sur une moindre surface que celle en rapport avec les appareils du premier groupe, et, par conséquent, plus dangereuse pour les organes voisins, plus difficile à supporter pour les malades.

Les pessaires à point d'appui exterieur sont bien plus efficaces que ceux à point d'appui intra-vaginal, puisqu'ils ménagent mieux le vagin et les organes du petit bassin, et que leur action repose non plus sur la compression ou distension des parties surmenées, mais sur un mécanisme étranger à ces parties. Aussi, sont-ils de beaucoup préférables aux autres sous le rapport purement thérapeutique. En revanche, leur complication, leur volume sont des causes d'incommodité, qui compensent presque leur supériorité à d'autres points de vue.

(1) M. Sims, *Chirurgie utérine.*

Outre les inconvénients relatifs des différents pessaires comparés entre eux, tous ces appareils en ont un certain nombre qui leur sont communs et qui varient, depuis la simple gêne et les écoulements leucorrhéiques médiocres, jusqu'au douleurs incessantes, aux inflammations graves du tissu cellulaire et des organes pelviens, suppuration, escharres, fistules, etc.

On ne saurait oublier non plus les soins de toute espèce que leur introduction ou leur entretien nécessitent. Tout cela, joint à la difficulté de leur application par les malades eux-mêmes, contribue pour une large part à les rendre insupportables.

## CHAPITRE III

### Traitement du prolapsus par les opérations. Leurs desiderata.

Les inconvénients des appareils que nous venons d'énumérer ont amené les chirurgiens à imaginer des opérations pouvant, sinon procurer la cure radicale du prolapsus, c'est-à-dire replacer l'utérus et le retenir dans sa situation normale, du moins le maintenir dans l'intérieur du vagin, de façon que le col n'apparaisse plus à la vulve et surtout ne la dépasse plus. Beaucoup d'opérations ont été tentées dans ce but, et peu ont réussi ; les unes portent sur l'utérus, les autres sur les organes qu'il doit traverser pour apparaître hors de la vulve. Dans les premières, on cherche la diminution du poids ou de la longueur du col de l'utérus ; dans les secondes, l'obturation ou seulement le rétrécissement des organes sur lesquels on les pratique.

Nous n'avons pas l'intention de décrire chacune de ces opérations et d'en discuter en détail la valeur au point de vue du traitement de la chute de la matrice ; nous devons nous borner à ne mentionner que les principales d'entre elles,

c'est-à-dire les plus usuelles et les plus pratiques, et à reproduire les griefs qui leur ont été adressés.

Amputations sus et sous-vaginales du col de l'utérus. — Les opérations qu'on a pratiquées sur l'utérus pour remédier au prolapsus sont les amputations sus et sous-vaginales du col. La dernière de ces opérations est par elle-même très bénigne, puisque Huguier en cite quatorze exemples sans qu'il y ait eu un seul cas de mort (1). En est-il de même de l'amputation sus-vaginale? Assurément non; car on risque fort d'intéresser le péritoine. D'ailleurs, ces opérations sont insuffisantes pour guérir d'une façon définitive la chute complète de la matrice. Il peut se faire qu'à la suite de l'amputation du col hypertrophié, l'utérus en prolapsus rentre et se maintienne quelque temps dans le vagin, mais il finit par sortir de nouveau si l'on a affaire à un prolapsus vrai et non à une hypertrophie du col.

Parmi les opérations au moyen desquelles on a recherché soit l'obturation complète, soit le rétrécissement des organes que doit traverser l'utérus pour faire issue au dehors, il en est un grand nombre qui ont été abandonnées depuis longtemps, parce qu'elles étaient toujours insuffisantes, soit parce que des procédés nouveaux, et sur lesquels nous nous arrêterons plus loin, permettaient mieux de remplir les indications qu'on voulait atteindre en les pratiquant. De ce nombre sont les opérations qui ont pour but de rétrécir le vagin en détruisant plus ou moins profondément, par les caustiques, l'étranglement ou l'excision, une partie de la paroi vaginale. Tels sont, pour la cautérisation, les procédés de Gérardin, Laugier, Gaillard; pour l'étranglement, ceux de Bellini, Desgranges; pour l'excision, ceux de Marshall-Hal, Ireland.

(1) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.*

*Procédé de Jobert.* — Au nombre des opérations qui n'intéressent encore que le vagin, on doit ranger l'opération de Jobert (de Lamballe). Elle consiste à pratiquer sur la paroi antérieure du vagin, mais à quatre centimètres environ l'un de l'autre et en laissant entre eux une portion du vagin non avivée, deux avivements transversaux ; on affronte ensuite les deux surfaces avivées et on les réunit par une suture. Il se forme ainsi un pli permanent qui, non-seulement rétrécit d'autant le vagin, mais soutient la paroi antérieure et s'oppose à sa chute et à sa sortie hors de la vulve ; il empêche ainsi la production de la cystocèle, qui, d'ordinaire, précède et souvent provoque le prolapsus.

Cette opération n'a pas joui d'un grand crédit, puisqu'elle n'a pas été renouvelée.

Dans un cas de prolapsus simple de la paroi antérieure du vagin, avec cystocèle, mais sans entraînement de l'utérus ; M. Lanelongue a appliqué ce procédé modifié, en produisant par avivement et suture le raccourcissement de la paroi antérieure du vagin, opération qu'il a désignée sous le nom de colposyntomie. La malade a bien guéri.

*Procédé de Sims.* — Poursuivant le même but, Sims, après avoir opposé sans succès à la procidence de l'utérus le procédé de Baker-Brown, résolut de tenter autre chose. Ayant observé que la procidence commençait toujours par la paroi antérieure du vagin, qui précédait le col et tirait après elle l'utérus, il eût l'idée de faire un pli longitudinal à la paroi antérieure du vagin et de l'exciser. Voici donc en quoi consiste son opération : Il pratique sur la paroi antérieure du vagin un avivement en forme de V dont la pointe est placée près du méat urinaire et dont l'ouverture des branches, située près du col, est fermée par un avivement transversal ; il a ainsi une surface avivée en forme de triangle ou plutôt de

truelle. Les avivements latéraux sont suturés l'un à l'autre et la moitié droite de l'avivement transversal suturée à la moitié gauche.

L'opération primitive de Sims ne comprenait que l'avivement latéral, ce n'est que plus tard, devant un insuccès, qu'il ajouta l'avivement transversal.

Emmet la pratique plusieurs fois avec succès. Mais l'observation la plus probante en sa faveur est celle que M. le professeur Panas a communiquée à la Société de Chirurgie (10 mars 1875), car M. Panas pouvait affirmer la persistance de la guérison, près de cinq ans après l'opération, bien qu'elle ait été suivie, à un an d'intervalle, de grossesse et d'accouchement.

Ainsi, cette opération n'entrave pas les fonctions du conduit vaginal, ni, de l'avis de Sims, n'est suivie d'accidents sérieux.

Est-ce à dire que cette opération soit entièrement satisfaisante? Loin de là : En effet, outre sa très grande difficulté d'exécution, car on ne peut suturer qu'après la réduction du prolapsus, c'est-à-dire dans l'intérieur du vagin, ne peut-on pas lui adresser le reproche d'être insuffisante ? L'utérus, en effet, peut s'engager dans le conduit rétréci, le dilater et faire de nouveau hernie à l'intérieur de la vulve. C'est ce qui est arrivé dans deux cas à M. le professeur Lanelongue, où six mois après l'opération le prolapsus s'était reproduit.

Après les procédés qui s'attaquent au vagin et que nous venons d'exposer, il nous reste encore à parler de ceux qui intéressent isolément la vulve et, à la fois la vulve et le vagin.

*Infibulation.* — L'infibulation, opération totalement abandonnée aujourd'hui, est une suture des grandes lèvres sans

avivement. Elle a été pratiquée par Schieffer et Aran et parfois avec succès.

*Procédé de Fricke.* — Fricke, en 1833, pratiqua le premier, croit-on, une opération tendant à réunir, par la suture, une certaine étendue des bords de l'orifice vulvaire et de maintenir ainsi réduit l'utérus procident. Fricke avivait les deux tiers postérieurs de la face interne des grandes lèvres, par l'excision d'un lambeau de la largeur du doigt en forme de V, dont la pointe se trouvait au niveau de la fourchette, et affrontait les surfaces saignantes par quelques points de suture entrecoupée. Il en obtenait d'assez bons résultats tant pour les prolapsus utérins que pour des cystocèles ou des rectocèles.

Després s'est fait le défenseur de cette opération à laquelle on ne peut reprocher d'être longue, difficile ou dangereuse. Mais elle est toujours insuffisante et impose le port d'une pelote périnéale. De plus, elle intéresse une trop grande partie de la vulve, pour ne pas apporter de grandes entraves aux fonctions du vagin, et elle n'est, par suite, applicable qu'aux femmes très âgées.

*Procédé de Backer-Brown.* — Le procédé de Fricke a été modifié par Backer-Brown. Au lieu d'agir seulement sur la face interne des grandes lèvres, comme le propose Fricke, Backer-Brown fait porter l'avivement jusque sur la fourchette et les parties voisines du périnée. Il enlève ainsi sur la portion postérieure de la vulve, un lambeau en fer à cheval et réunit les parties avivées par une suture profonde enchevillée et par des points de suture entrecoupés rapprochant les parties superficielles. Cette opération ne fait que fortifier le périnée. Elles est donc passible des mêmes reproches que la précédente.

*Procédés de Küchler et de Th. Anger.* — Küchler en 1863

préconisa un nouveau procédé. Il consiste à aviver et suturer la face interne des grandes lèvres et à faire remonter l'avivement de la suture jusqu'au niveau de l'urèthre.

Le procédé de Th. Anger est analogue ; il n'en diffère que parce que l'opération ne porte que sur l'orifice du vagin et respecte complètement l'orifice des grandes lèvres.

Ces deux opérations ne sont autre chose qu'une obturation presque complète de l'orifice inférieur du vagin. Elles peuvent être efficaces, mais on a à leur adresser le grave reproche de rendre difficile l'écoulement des liquides vaginaux et utérins, le coït impossible, et de n'être, par suite, également applicables qu'aux femmes très âgées.

*Procédé de Simon.* — Simon rétrécit l'orifice vulvaire et la paroi postérieure du vagin. Il enlève de la paroi postérieure du vagin un large triangle dont la base correspond à la fourchette et réunit par la suture les bords de ce large avivement. Cette opération est facile, mais son efficacité n'est pas démontrée ; de plus on est obligé pour la pratiquer d'intéresser des vaisseaux volumineux.

*Périnéorrhaphies.* — Parmi les malades affectées de prolapsus utérin, il est assez fréquent d'en rencontrer qui ont également une déchirure partielle ou totale du périnée. Il paraît évident que le plus souvent les mêmes causes ont présidé à la production de ces deux affections.

Les chirurgiens se sont donc demandé si la restauration du périnée ne suffirait pas à guérir le prolapsus utérin qui n'est en définitive que la conséquence de la déchirure. C'est dans ce but qu'ont été faits de louables efforts, mais nous ne croyons pas, qu'à part quelques très rares exceptions, ils aient été couronnés de succès, malgré le rétrécissement du vagin qui a dû s'en suivre. Comment penser, en effet, qu'une

simple suture du périnée puisse être suffisante alors que, comme nous venons de le voir, tous les procédés de rétrécissement ne peuvent y parvenir. La simple reconstitution du périnée ne saurait donc empêcher l'utérus de se présenter à la vulve et de la franchir plus ou moins rapidement.

Ainsi de tous les procédés que nous venons d'exposer nous n'en trouvons pas un seul qui soit satisfaisant. C'est, guidé par ces considérations, que M. Le Fort a imaginé son procédé. C'est aussi pour répondre aux desiderata qu'il présente que M. le professeur Lanelongue y a apporté les modifications que nous nous proposons d'exposer.

## CHAPITRE IV

### Procédé de M. Le Fort. — Communications et travaux dont il a été l'objet.

Nous empruntons à la thèse de M. Brunet la description de l'opération de M. le Fort et les circonstances dans lesquelles elle a été imaginée (1).

En 1876, une femme âgée de quarante-huit ans et atteinte depuis six mois d'un prolapsus complet de la matrice, se présentait à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Le Fort, demandait à être débarrassée de son infirmité, et préférait une opération, quelle qu'elle pût être, à la nécessité de porter un bandage quelconque.

Peu partisan des opérations précédemment proposées, dont il connaissait l'inefficacité, les dangers et les inconvénients, M. Le Fort conçût, en examinant attentivement le mécanisme suivant lequel le prolapsus se produisait chez sa malade, l'idée de l'opération que nous allons exposer.

« Chez ma malade, dit M. le professeur Le Fort, comme chez presque toutes celles qui sont dans le même cas, l'utérus

(1) Brunet, Thèse de Paris, 1883.

ne sort pas le premier à la vulve et ce n'est pas lui qui entraîne la paroi antérieure, puis la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue hors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve. Ce qui sort d'abord, c'est la partie de la cloison vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste sort comme par une sorte de déplissement, et le même effet se produit sur la paroi postérieure dont la muqueuse glisse sur la muqueuse rectale qui conserve sa position. Au fur et à mesure que l'utérus descend, les portions de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin, qui sont en contact lorsque l'utérus est dans sa position normale, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre, à mesure que ces parois font issue hors de la vulve, pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et finalement l'utérus. Evidemment, si l'on pouvait retenir en rapport ces parois opposées, les empêcher de se porter l'une en avant, l'autre en arrière, on s'opposerait au prolapsus. C'est ce que j'ai cherché à faire, et j'ai voulu rendre ce contact non plus médiat, mais intime et permanent en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture. »

Suturer ainsi sur une certaine hauteur les parois vaginales antérieure et postérieure, c'était cloisonner le vagin ; pour y parvenir, M. Le Fort employa le manuel opératoire suivant :

« L'utérus étant tout à fait en dehors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de six centimètres environ de longueur sur deux de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve ; cela fait, je réduisis l'utérus assez

pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, et j'appliquai sur ce bord transversal trois points de suture; puis, de proche en proche et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le pli de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie vagino-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète, et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète. On comprend toutefois que, dans ce procédé comme dans celui de Sims et de M. Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles, lorsqu'après quelques jours la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la situation des parties embrassées dans leur anse. » (Voir la fig. 1).

Cette opération fut pratiquée en décembre 1876; elle eût les suites les plus heureuses, la guérison se fit sans aucun accident; il n'y eût même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsque après avoir fait accroupir la malade on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve, il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

Dans la séance du 17 février 1877, M. Le Fort fit connaître à la Société de chirurgie l'opération qu'il avait imaginée et le succès qu'il en avait obtenu. Depuis lors, divers chirurgiens, que sans doute les anciens procédés ne satisfaisaient pas non plus, ont répété l'opération de M. Le Fort, et plusieurs ont fait connaître à la Société de chirurgie les résultats qu'elle leur a donnés. M. Panas, le premier, dans la séance

du 19 février 1879, présenta une malade sur laquelle il avait pratiqué avec succès le cloisonnement du vagin pour remédier à un prolapsus complet de l'utérus : c'était une femme à l'infirmité de laquelle M. Tillaux avait tenté de remédier par une vulvorrhaphie, et dont le prolapsus, à la suite de cette opération, n'avait été maintenu que pendant six mois.

Le 3 décembre de la même année, le Dr Zancarol d'Alexandrie adressait à la Société de chirurgie la relation d'une opération de cloisonnement qu'il avait pratiquée également avec succès : trois ans après, le prolapsus ne s'était pas reproduit.

Quelques jours plus tard, M. Hicquet, de Liège, communiquait trois autres observations où le cloisonnement avait été suivi de succès, et, dans la même séance, M. Duplay annonçait également que cette même opération lui avait donné deux succès dans deux cas où il l'avait employée.

Dans la séance du 1er juin 1881, M. Eustache lisait un mémoire sur l'opération de M. Le Fort qu'il avait pratiquée cinq fois, et trois fois avec le succès le plus complet.

En dehors de ces communications faites à la Société de chirurgie, nous devons signaler un travail de M. Faucon qui a été publié dans les *Archives de Tacologie* (mai 1881), une note de M. Hue, l'un des internes de M. le professeur Le Fort, note insérée dans les *Annales de Gynécologie* (juillet 1882) et la thèse de M. Brunet (janvier 1883). Quelques mois plus tard, M. Le Fort pratiquait avec succès une nouvelle opération dont le résultat a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux*. Depuis cette époque, aucune communication ou publication n'ont été faites sur ce sujet. Je ne saurais cependant passer sous silence trois opérations de cloisonnement du vagin, pratiquées dans ces dernières années par M. le professeur agrégé Dudon, opérations qui n'ont pas été suivies

de succès. Ces insuccès sont dus en partie à l'indocilité des malades.

Cet exposé nous montre que le procédé de M. Le Fort n'est pas passible des reproches graves qui ont été faits aux opérations que nous avons exposées précédemment, c'est-à-dire d'être dangereuses ou difficiles à exécuter, de présenter des inconvénients assez sérieux pour les rendre inacceptables à bien des malades, et surtout d'être absolument inefficaces.

Il suffit, en effet, de jeter un coup d'œil sur le *Manuel opératoire* pour comprendre combien est grande la facilité et la simplicité de ce procédé. Ce n'est pas comme dans les opérations de Sims, d'Emmet et de M. Panas dans l'intérieur du vagin que l'on opère, mais à l'extérieur; on ne réduit l'utérus qu'au fur et à mesure de l'opération. Quant aux dangers qu'elle présente, ils sont à peu près nuls si on fait un avivement sur la paroi antérieure et postérieure du vagin. Il ne présente pas non plus d'inconvénients sérieux au point de vue des fonctions du conduit vagino-utérin. Il ne fait que diviser le vagin en deux parties, et cette division ne porte aucune atteinte à l'exercice de ses fonctions. La copulation n'est pas entravée, comme le font ressortir un certain nombre d'observations rapportées dans la thèse de M. Brunet.

Le cloisonnement est également efficace dans le plus grand nombre de cas. Cependant, est-ce à dire qu'il ne donne aucune prise à la critique? Non, certes; et d'abord, comme le fit observer M. Tillaux dans la discussion à la Société de chirurgie, n'est-il pas à craindre que l'un des vagins ne s'agrandisse et ne finisse par livrer passage à l'utérus? Car enfin la verticalité de la cloison a pour conséquence d'opposer au col une arête, mousse il est vrai, mais une arête, et non un plan : le col a donc une tendance à glisser à droite ou à gauche, et à s'engager dans un des canons de ce fusil double,

de sorte que si l'obstacle ne peut être forcé, il peut être tourné (1). Cela est si vrai que M. Le Fort, dans la première opération qu'il pratiqua avec ce procédé, malgré le bon résultat obtenu, fit, vers la fourchette et les parties voisines, un avivement, comme dans le procédé Backer-Brown. Il pratiqua une suture à deux étages, selon son procédé, c'est-à-dire au moyen de fils passant à travers un bout de sonde, pour la partie profonde, et de points entrecoupés, pour la suture superficielle.

C'est pour ces raisons et devant deux insuccès que M. Eustache se décida à modifier le procédé de M. Le Fort. Voyant, d'un autre côté, les inconvénients que présentaient les sutures au fil d'argent, il employa le catgut.

A ces raisons, nous ajouterons celle de la difficulté des rapprochements sexuels. Nous ne devons pas oublier, en effet, que le cloisonnement de M. Le Fort porte jusqu'à la vulve.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, février 1877.

# CHAPITRE V

## Modifications apportées par M. Eustache au manuel de M. Le Fort. — Nouvelle modification apportée par M. Lanelongue. — Ses avantages.

Modifications apportées par M. Eustache au manuel de M. Le Fort. — Les modifications qui ont été proposées par M. Eustache portent sur la largeur à donner à l'avivement et sur les moyens de suture à employer.

a) *Modifications portant sur la largeur de l'avivement.* — Dans son mémoire lu à la Société de chirurgie, le 1er juin 1881, M. Eustache a proposé de modifier la largeur de la surface d'avivement. Un ou deux centimètres de largeur, que recommande le procédé primitif, lui paraissent insuffisants, et il conseille de doubler cette largeur, c'est-à-dire de la porter à quatre centimètres au moins, de sorte qu'en définitive la surface avivée soit rectangulaire ou même presque carrée. C'est ce qu'il a fait lui-même chez plusieurs malades. (Voir la fig. II.)

« Cette plus grande largeur d'avivement, fait remarquer M. Eustache, n'a d'autre inconvénient que de prolonger un peu plus l'opération, ce qui est sans difficulté avec l'administration du chloroforme. On est sans doute exposé à une hémorrhagie en nappe ou même à l'ouverture ou à la section d'une artériole latérale, quand on se rapproche du bulbe du vagin. Mais les pinces à forci-pressure, les applications d'eau hémostatique de l'Échelle ou de Pagliari et, au besoin, une ligature au catgut, permettent toujours de ne pas craindre cet accident, dont on vient si facilement à bout.

« En compensation, les avantages d'un large avivement sont incontestables. Les surfaces adossées sont plus étendues, les parties embrassées par les fils de suture sont plus épaisses et risquent moins d'être étranglées; elles offrent aussi plus de résistance aux secousses de toux et de vomissement qui manquent rarement après une pareille opération, surtout si on a recours à l'administration du chloroforme, comme je le conseille. Enfin, quand l'adhésion a eu lieu, les deux vagins latéraux sont plus rétrécis, et surtout la cloison médiane est plus épaisse et plus résistante, phénomène essentiel dans tous les cas. »

Évidemment, plus l'avivement aura de largeur, plus facilement aussi la réunion des surfaces avivées et adossées se produira, et plus certainement aussi, si cette réunion se produit, l'utérus sera maintenu : la cloison en sera plus forte, et, d'autre part, les gouttières vaginales en seront plus étroites, et le col de l'utérus aura encore moins de chance de s'y engager et de les traverser. D'où il résulte qu'au point de vue de la cure du prolapsus lui-même, l'avivement devrait être le plus large possible. Seulement, selon nous, il importe que le chirurgien n'oublie pas que, bien qu'il veuille remédier à une chute complète de l'utérus, il a aussi à sauvegarder les

fonctions du vagin, fonctions auxquelles un avivement tel que l'a proposé M. Eustache, pourrait porter atteinte.

B) *Modifications portant sur les moyens de suture à employer.* — La seconde modification qu'a proposée M. Eustache, porte sur la nature des fils de suture à employer. Dans le procédé, tel qu'il a été décrit et employé par M. le professeur Le Fort, les sutures doivent être faites avec des fils d'argent, et, les chefs de chacune d'elles, après la torsion, laissés assez longs pour pendre hors de la vulve : on en attend la chute spontanée par ulcération des tissus compris dans leur anse.

M. Eustache, dans son mémoire, expose que cette manière de procéder et d'attendre la chute spontanée des sutures par ulcération des tissus, n'est pas sans inconvénients, et il en signale quelques-uns parmi ceux qu'il a pu observer :

« La longue durée du séjour des fils métalliques dans le vagin expose à des inflammations de ce conduit, à des sécrétions acres et irritantes, qui pénétrant par capillarité dans la ligne de réunion, peuvent empêcher l'adhésion cicatricielle, sinon en totalité, du moins en partie.

« La présence des fils est également nuisible pour les parties conservées : l'ulcération, qui doit leur donner la liberté, compromet la résistance de la cloison, risque de la détruire par place en la transformant en une série de points successifs, sans compter que le processus ulcératif peut aboutir à l'inflammation et à la suppuration de la cloison, et entraîner ainsi un insuccès plus ou moins complet. »

Ne pourrait-on pas, pour éviter ces inconvénients, agir comme on le fait pour les points de suture placés superficiellement, c'est-à-dire, pratiquer l'ablation des fils en allant sectionner l'un des côtés de l'anse près de son point d'application ? Nous ne le pensons pas, car cette manœuvre est

très difficile, surtout pour les fils supérieurs voisins du col; les divers chirurgiens qui l'ont essayé ont éprouvé les plus sérieuses difficultés et ont dû y renoncer. N'est-il pas en outre imprudent de le tenter, car, dans les tentatives faites pour découvrir les fils profonds, ne risque-t-on pas d'amener la rupture des parties soudées et de compromettre le succès de l'opération ?

C'est pour ces raisons que M. Eustache, après un insuccès qu'il attribuait aux causes que nous avons énoncées plus haut, résolut de substituer aux sutures métalliques les sutures de catgut qu'il avait employées dans d'autres opérations et dont il avait toujours obtenu de bons résultats.

Dans la séance du 10 décembre 1879 M. le professeur Panas, faisant un rapport sur l'observation du docteur Zancarol, et se rappelant la difficulté qu'il avait éprouvée lui-même dans une semblable opération pour l'ablation des fils, proposait de substituer la suture au catgut à la suture métallique : « La première, disait-il, est aussi facile à pratiquer que la seconde, et elle a sur elle l'avantage de pouvoir être abandonnée dans les parties où les fils se résorbent. »

Dans la même séance, M. le professeur Le Fort reconnaissant aussi la difficulté de l'ablation des sutures, acceptait la modification proposée par M. Panas, disant, toutefois, qu'il préférait au catgut les fils de soie ou de chanvre.

En novembre 1880, M. Eustache pratiquait un cloisonnement au catgut et en obtenait un bon résultat (1). Depuis les sutures avec les fils de soie ou de chanvre phéniqués ont été pratiquées et ont également donné de bons résultats (2). Nous croyons cependant que la suture au catgut est préférable à cause de la propriété qu'il a de se résorber sur place

(1) Thèse de M. Brunet, Paris, 1883.
(2) *Idem.*

et d'éviter ainsi la suppuration qui aurait pour but de l'éliminer. Quant au fil d'argent, nous croyons, pour les raisons qu'a énumérées M. Eustache dans son mémoire, que son emploi doit être rejeté.

Nouvelle modification apportée par M. Lanelongue. — Ses avantages. — La modification introduite par M. le professeur Lanelongue porte également sur la surface d'avivement; quant au manuel opératoire, il est le même que celui de MM. Le Fort et Eustache. M. Le Fort fait un avivement de un à deux centimètres de large sur six de long. M. Eustache modifie la largeur et fait son avivement de quatre centimètres de large. De cette façon le cloisement est beaucoup plus résistant, mais il obture presque complètement le vagin; il ne laisse, de chaque côté, qu'un étroit passage pour l'écoulement des règles et des liquides vaginaux; la copulation est impossible. C'est dans le but de remédier à cet inconvénient grave, surtout pour les personnes encore jeunes, que M. Lanelongue y a apporté la modification suivante :

Persuadé que la surface d'avivement du procédé de M. Le Fort était insuffisante comme largeur et trop étendue comme longueur; voyant d'un autre côté que la modification qu'y avait apportée M. Eustache rendait tout rapprochement sexuel impossible, M. Lanelongue résolut, pour parer à ce double inconvénient, de ne faire porter l'avivement que sur la partie supérieure du vagin, de façon à ce que la partie inférieure du conduit restât libre sur une longueur de quelques centimètres, et de lui donner une largeur suffisante pour ne pas craindre que le col de l'utérus s'engage dans un des conduits latéraux. Dans ce but, il donna à la surface d'avivement la forme trapézoïde : la base de ce trapèze est située à environ un centimètre et demi de l'extrémité du col de l'utérus et mesure quatre centimètres de large; le sommet

qui n'en mesure que deux est situé à quatre centimètres plus bas du côté de la vulve. Le col de l'utérus, lorsque le prolopsus est réduit et que les deux surfaces avivées sont en contact, repose sur un plan large et résistant, comme dans l'opération de M. Eustache.

Il importe, comme l'a fait observer M. Lanelongue, que la surface de la base d'avivement soit suffisamment large, mais pas trop. Il faut, en effet, laisser de chaque côté de la cloison médiane un espace suffisant, pour permettre aux règles et et aux sécrétions utérines de s'écouler librement. (Voir la figure 3).

M. Lanelongue pratiqua ainsi son opération sur la malade dont je rapporte l'observation, opération qui fut suivie de succès. Il commença l'avivement par la paroi inférieure et termina par la paroi supérieure. Cela fait, l'hémostase étant complète, il pratiqua la suture de la même façon que M. Le Fort, mais avec du catgut et non avec du fil d'argent.

Cette opération, telle que l'a pratiquée M. Lanelongue, doit être préférée (selon nous) à celles de MM. Le Fort et Eustache. Elle en a, en effet, les avantages et n'en possède pas les inconvénients. On n'a pas à craindre que le col de l'utérus s'engage dans un des conduits latéraux, ni à redouter que la cloison cède devant le poids de l'utérus ou les efforts comme dans l'opération de M. Le Fort. Elle n'a pas non plus l'inconvénient grave d'empêcher tout rapprochement sexuel, reproche que l'on fait avec raison à celle de M. Eustache.

Ainsi, solidité du cloisonnement, large surface d'appui pour le col de l'utérus et coït possible, telles sont les raisons qui militent en faveur de la modification apportée par M. le professeur Lanelongue.

## OBSERVATION

*Chute complète de la matrice.*

Opération par le procédé de M. Lanelongue (Guérison).

Marie M..., cinquante ans, journalière, entre le 7 novembre 1886, à l'hôpital Saint-André, salle 8, lit 9, dans le service de M. le Professeur Lanelongue.

Cette malade est atteinte d'une affection de la matrice dont le début remonte à cinq ans.

Elle a été réglée à seize ans, a eu cinq grossesses, qui se sont passées sans incident et cinq accouchements normaux bien que rapides.

Elle est asthmatique, a des quintes de toux fréquentes, pénibles et très longues, ce qui a certainement une part dans la pathogénie de son affection. Pas d'autres antécédents morbides.

Jusques il y a cinq ans, elle n'avait rien constaté du côté de la matrice, bien que, depuis son dernier accouchement qui datait de treize ans, elle éprouvât quelques tiraillements dans la région lombaire. C'est à la suite d'un accès d'asthme qu'elle vît, il y a cinq ans, apparaître une tumeur dans le vagin, tumeur qui a graduellement augmenté de volume. Dans la station debout, elle fait complétement hernie et a la grosseur de la tête d'un fœtus. La malade éprouve de vives douleurs dans les régions lombaires, ce qui lui rend tout travail impossible.

Aujourd'hui que la malade est couchée, l'orifice vulvaire est écarté par une tumeur globuleuse, sphéroïde, de la grosseur d'une orange; elle est rosée, blanchâtre; sa surface est traversée par de petites saillies transversales; elle est légèrement aplatie; au point culminant, elle est rouge sombre, et on y constate un orifice muni de deux lèvres : antérieure et postérieure. Cette tumeur se continue en haut avec la muqueuse qui tapisse la région vulvaire, aussi voit-on, en voulant la circonscrire, que le vagin n'existe plus.

Le palper nous montre une tumeur fluctuante à sa partie supérieure et antérieure. La partie postérieure est mollasse : et prise

à pleines mains, elle paraît contenir une partie centrale, longitudinale, très dure, de forme cylindro-conique, à sommet inférieur; elle remonte jusque dans la cavité pelvienne.

L'orifice uréthral apparaît au-dessus et en avant de la tumeur qu'il suffit de presser pour voir l'urine s'écouler en bavant. Pour y faire pénétrer une sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière (la femme étant dans le décubitus dorsal), on sent alors vers la base de la tumeur le bec de la sonde qui y a pénétré. La vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin. Cependant, ce premier cathétérisme ne suffit pas pour vider la vessie, car il reste encore de l'urine au-dessus du pubis.

Par le toucher rectal, on constate que le corps de l'utérus est très abaissé dans la région périnéale. La réductibilité de la tumeur est complète et facile et ne provoque aucune douleur.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine donne, à l'entrée de la malade à l'hôpital, comme dimension longitudinale : 13 centimètres, quelques jours plus tard, 11 centimètres seulement.

L'exposé de ces différents symptômes nous permet de conclure à un prolapsus complet de la matrice.

Le cloisonnement du vagin est proposé et accepté par la malade.

Le 18 novembre, M. le professeur Lanelongue procède à l'opération. La malade est anesthésiée par le chloroforme et placée sous le spray phéniqué.

La veille, elle a pris 15 grammes d'huile de ricin et le matin même de l'opération, on lui a administré un léger lavement.

L'anesthésie étant complète, la malade est placée dans la position obstétricale et la tumeur lavée à l'eau phéniquée. Relevée vers le pubis, la tumeur montre d'abord, bien en lumière à l'opérateur, la paroi postérieure du vagin. Sur cette paroi, au niveau de la ligne médiane, on délimite, au moyen du bistouri, un trapèze dont la base est située à un centimètre et demi du museau de tanche et le sommet à quatre centimètres plus bas du côté de la vulve. La largeur de la base est de quatre centimètres et celle du sommet de deux. L'incision arrive à peine à la face profonde de la muqueuse, et l'aire de ce trapèze est soigneusement disséquée.

La même opération est répétée sur la face supérieure de la tumeur, c'est-à-dire sur la paroi antérieure du vagin, dans des conditions identiques.

L'écoulement du sang est insignifiant, et dans tous les cas ne peut gêner l'opérateur qui a eu soin de pratiquer l'avivement inférieur le premier. Il en résulte la formation de deux trapèzes cruentés : l'un sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, commençant tous deux à un centimètre et demi du museau de tanche et dans les meilleures conditions pour être accolés l'un à l'autre.

L'accolement est facilement obtenu au moyen de points de suture en catgut, disposés par paires sur les bords de l'avivement et espacés d'un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre.

L'opération terminée, on fait une injection phéniquée dans chacun des conduits latéraux et met un petit cylindre de gaze iodoformée dans chacun des conduits et un tampon à la vulve.

La malade est alors placée au lit dans le décubitus dorsal, les cuisses maintenues demi-fléchies sur le bassin par un coussin placé sous les jarrets ; on lui met une sonde à demeure. La constipation est obtenue par l'administration de cinq centigrammes d'extrait thébaïque répétés tous les jours.

Le lendemain et les jours suivants, la température reste à peu près normale. Le septième jour, on enlève la sonde et les tampons de gaze iodoformée ; on administre un léger purgatif à l'huile de ricin.

Vers le douzième jour, la malade se plaint de vives douleurs du côté de la vessie. On observe une légère élévation de la température dans le flanc droit ; les urines sont épaisses et contiennent un dépôt muco-purulent abondant, ce qui indique clairement qu'on a affaire à une cystite et pyélonéphrite dues sans doute à la sonde à demeure et à une légère cystocèle persistante.

La malade est soumise au régime lacté et on fait deux fois par jour des lavages à l'eau boriquée. Ce n'est qu'après un mois de ce traitement qu'on obtient la disparition de ces accidents.

La malade commence alors seulement à se lever. Son examen, pratiqué à ce moment, permet de constater l'existence d'une cloison épaisse et résistante. De chaque côté de la cloison est un

conduit qui va en se rétrécissant et qui permet l'introduction de l'extrémité de l'index qu'on peut même recourber en arrière de la nouvelle cloison sans entraîner l'utérus. La vessie forme une légère cystocèle qui ne gêne en rien la malade qui peut marcher et stationner longtemps debout sans éprouver la moindre gêne ou fatigue et sans que l'utérus menace de faire saillie.

Cinq mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison se maintient absolument parfaite.

Nous ne saurions passer sous silence une opération qui a été pratiquée, d'après le même procédé, par M. Lanelongue il y a quatre ou cinq ans, et dont nous n'avons pu nous procurer l'observation. Cette opération avait été également suivie de succès.

# CHAPITRE VI

## Contre-indications au cloisonnement du vagin. Précautions à prendre dans l'opération.

Contre-indications au cloisonnement du vagin. — Bien que le cloisonnement du vagin soit une opération facile et peu grave, nous croyons néanmoins qu'il ne faut pas y avoir recours sans avoir essayé les moyens ordinaires. Il importe, en effet, de ne pas oublier que, dans la chute de la matrice, le péritoine descend très bas entre la paroi postérieure du vagin et le rectum, et qu'alors, en intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, on pourrait, pour avoir agi beaucoup trop près de lui ou même l'avoir intéressé dans le passage des sutures, voir le péritoine s'enflammer consécutivement. A cela, si on ajoute les soins assez minutieux que cette opération nécessite, le repos au lit qu'elle exige des opérées, nous voyons que l'opération du cloisonnement du vagin n'est indiquée que chez les femmes à l'infirmité desquelles les moyens ordinaires, pelottes ou pessaires, ne peuvent remédier d'une façon satisfaisante. Et encore, on ne saurait pratiquer le cloisonnement du vagin à toutes les malades qui se trouvent dans ces conditions.

Nous avons vu qu'une partie des fonctions du vagin sont conservées, qu'il possède, après notre opération, quelques centimètres de long et est, de cette façon, encore apte à remplir ses fonctions. Mais si ces considérations méritent toute l'attention du chirurgien, combien la possibilité, pour une femme, de devenir enceinte ne doit-elle peser d'un plus grand poids sur sa détermination? Ainsi, la possibilité d'une grossesse ultérieure n'est-elle pas une contre-indication au cloisonnement? Nous ne le croyons pas, et cela parce que la malade est affligée d'une infirmité qui, non seulement la fait souffrir, mais encore lui rend tout travail impossible. D'ailleurs, s'il survenait une grossesse, qu'est-ce qui empêcherait le chirurgien de défaire ce qu'il a fait, c'est-à-dire d'exciser le cloisonnement?

Lorsque la femme est enceinte, la contre-indication est trop évidente pour que nous nous y arrêtions.

Les états généraux graves, les maladies constitutionnelles arrivées à une période avancée, le grand âge et ses dégénérescences, soit parce qu'ils font courir le risque de complications dangereuses, soit parce qu'ils doivent avoir à bref délai une terminaison fatale, contre-indiquent et d'une façon définitive, le cloisonnement du vagin, comme toute autre opération chirurgicale. Indépendamment de ces divers états morbides et de la contre-indication définitive qu'ils comportent, et sans parler des maladies aiguës, pendant le cours desquelles personne ne saurait songer à entreprendre une intervention de la nature de celle dont nous parlons, il y a d'autres affections moins retentissantes dont il faut tenir compte; elles doivent, en effet, faire remettre pendant quelque temps l'opération, si on veut la pratiquer avec toutes les chances de succès. On ne saurait nier, par exemple, que les diverses inflammations de la matrice et de son col, de même

que celles du vagin, par les sécrétions pathologiques qu'elles déterminent et qui peuvent s'infiltrer entre les deux parois vaginales adossées, ne soient de nature à rendre plus difficile le succès de l'intervention.

Les affections des voies respiratoires par la toux qu'elles déterminent et tant d'autres maladies qui rendent impossible l'application des diverses précautions nécessaires au succès de l'opération, sont aussi de nature à en compromettre le résultat.

On devra donc, avant de se mettre à cloisonner le vagin, les guérir ou du moins les modifier assez pour n'avoir plus à en craindre les mauvais effets. On devra également n'opérer autant que possible que dans un milieu favorable.

*Précautions à prendre dans l'opération.* — Dans toute opération, de la nature de celle que nous proposons, la malade doit subir une certaine préparation ; c'est-à-dire qu'elle doit être placée dans certaines conditions, si on veut s'assurer le plus grand nombre possible de chances de succès.

La liberté de l'intestin est, croyons-nous, indispensable avant l'opération ; c'est le seul moyen d'obtenir pendant plusieurs jours la constipation nécessaire à l'accolement des surfaces en contact.

On devra prendre, pour le moment de l'intervention, le milieu ou même encore le commencement de la période intermenstruelle. Si ce fait a de l'importance dans toutes les opérations de la chirurgie gynécologique, celle qu'il présente dans le cas particulier est évidemment exceptionnelle. On comprend, en effet, que les règles survenant le jour ou le lendemain de l'opération pourraient nuire à la réunion des surfaces annexées en s'infiltrant entre elles par quelque joint incomplètement adossé.

Indépendamment des déchirures du périnée, de l'allongement hypertrophique du col, qui doivent faire l'objet d'une intervention préalable au cloisonnement, il est d'autres complications qu'il est également nécessaire de faire disparaître. Les ulcérations du col, la leucorrhée seront guéries avant l'opération au moyen du repos, de quelques bains et de quelques cautérisations. L'érythème et les ulcérations vulvaires, produits par l'écoulement de l'urine, cèderont devant quelques bains, des soins de propreté et le repos. Enfin, si l'état général est mauvais, on attendra que la malade soit rétablie ou tout au moins améliorée par un régime tonique auquel elle sera soumise.

Nous dirons peu de choses des précautions à prendre pendant l'opération. On chloroformisera la malade et on commencera l'avivement par la paroi postérieure pour en venir ensuite à la paroi antérieure, ainsi que l'a pratiqué M. Le Fort (1). On évite ainsi d'être gêné par l'écoulement sanguin qui, dans le cas d'avivement commencé par la paroi antérieure, coule jusque sur la paroi postérieure et cela assez abondamment pour nuire à l'opérateur dans sa manœuvre d'avivement.

La suture des deux surfaces avivées ne doit être effectuée que lorsque l'hémostase est complète, car, dans l'adossement des deux surfaces, l'interposition des caillots pourrait compromettre la cicatrice.

Quant à la nature du fil à employer, nous avons indiqué notre préférence ; aussi, croyons-nous que le catgut doit être assez fort pour qu'on n'ait pas à craindre sa résorption avant que l'adhésion entre les surfaces soit suffisante.

L'opération terminée, le point le plus important, si l'on

(1) *Annales de gynécologie*, 1882. Observation publiée par M. Hue, interne des hôpitaux de Paris.

veut réussir, est d'assurer le repos des parties sur lesquelles a porté l'opération. On placera donc convenablement l'opérée dans son lit ; elle sera dans le décubitus dorsal, la tête et les épaules élevées, un coussin sera placé au-dessous des genoux de façon à relever les cuisses et à relâcher ainsi la paroi abdominale.

Puis, afin d'empêcher les accès de vomissements qui sont si fréquents après l'anesthésie chloroformique, on lui donnera du champagne frappé. On pratiquera pendant plusieurs jours le cathétérisme de la vessie ; on constipera la malade et on la maintiendra dans le repos au lit prolongé.

L'évacuation de l'urine peut se faire de différentes façons, mais on ne doit jamais laisser la malade uriner seule. Dans ce dernier cas, en effet, non-seulement l'urine pourrait s'écouler sur la plaie, mais encore la malade serait obligée de faire des efforts qui risqueraient de faire rompre les points de suture. On doit donc pratiquer le cathétérisme aussi souvent que cela est nécessaire, et, si on ne peut revenir auprès des opérées aussi souvent que le besoin l'exigerait, on leur applique une sonde à demeure.

Au lieu de la constipation que nous croyons nécessaire, quelques chirurgiens maintiennent au contraire la liberté du ventre et administrent chaque jour des lavements à leurs opérées. Nous croyons que la constipation est préférable, car c'est le seul moyen d'empêcher tout mouvement ou effort du côté du rectum. Nous l'obtenons en donnant cinq centigrammes d'extrait thébaïque en potion ou pilules, et cela pendant sept à huit jours, temps que nous jugeons nécessaire à la cicatrisation. Pendant ce temps, on surveille l'alimentation, qui ne doit se composer que de substances laissant peu de résidu, telles que : viandes à peine rôties et saignantes, œufs, consommés, vins généreux et peu de pain. Le jour où

l'on juge que la cicatrisation est faite, on donne un léger purgatif à l'huile de ricin. Il est bon, croyons-nous, d'administrer en même temps un lavement huileux, de façon à permettre à l'intestin de se vider plus facilement.

Les malades doivent garder le lit une quinzaine de jours et éviter le plus longtemps possible de faire de grands efforts, car la cloison, à peine formée, pourrait se rompre et l'utérus venir saillir de nouveau au dehors. Aussi, pour éviter cet accident, le plus sûr moyen est de tenir les malades au repos au lit le plus longtemps possible.

# CONCLUSIONS

De l'exposition des divers traitements ou opérations qui ont été proposés pour la cure du prolapsus utérin, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que les divers appareils de contention de la matrice sont absolument insuffisants dans le prolapsus utérin complet.

2° Que les opérations antérieures à l'opération de M. Le Fort sont difficiles à exécuter, inefficaces ou même dangereuses, ou bien présentent dans leurs conséquences de graves inconvénients.

3° Que l'opération du cloisonnement antéro-postérieur du vagin telle que l'a exécutée M. Le Fort, malgré sa très grande supériorité sur toutes les opérations proposées antérieurement, n'échappe pas néanmoins au reproche d'être parfois insuffisante.

4° Que parmi les modifications apportées par M. Eustache, la substitution du catgut au fil d'argent est excellente ; quant à celle qui porte sur l'avivement, pour en augmenter la largeur dans toute l'étendue du vagin, elle n'est applicable qu'aux personnes âgées.

5° Que la modification qu'y a apportée M. Lanelongue répond à ces divers *desiderata*.

6° Que toute opération est contre-indiquée : par la grossesse, par les états généraux graves et les maladies constitutionnelles arrivées à une période avancée, par les maladies de l'appareil respiratoire : provisoirement par les affections curables, absolument par celles qui ne sont pas susceptibles de guérison.

7° Que des diverses précautions à prendre pour assurer la réussite de l'opération, les principales sont : le cathétérisme fréquent de la vessie pour empêcher l'urine de baigner la plaie et le repos au lit prolongé.

Vu bon à imprimer :

Bordeaux, le 21 juin 1887.

*Le Président de la Thèse*, Vu : *Le Doyen*,

M. LANELONGUE. Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 24 juin 1887. *Le Recteur*,

H. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD.

Procédé de Mr. Le Fort.

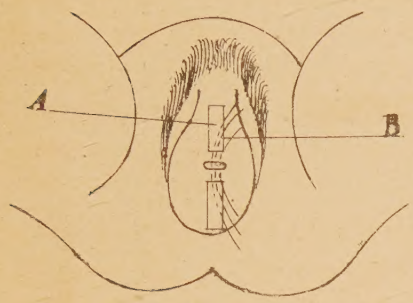


FIG. 1.

Procédé de Mr. Eustache.

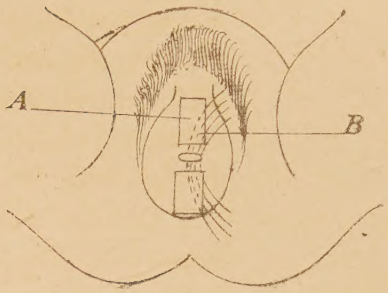


FIG. 2.

Procédé de Mr. Lanelongue.

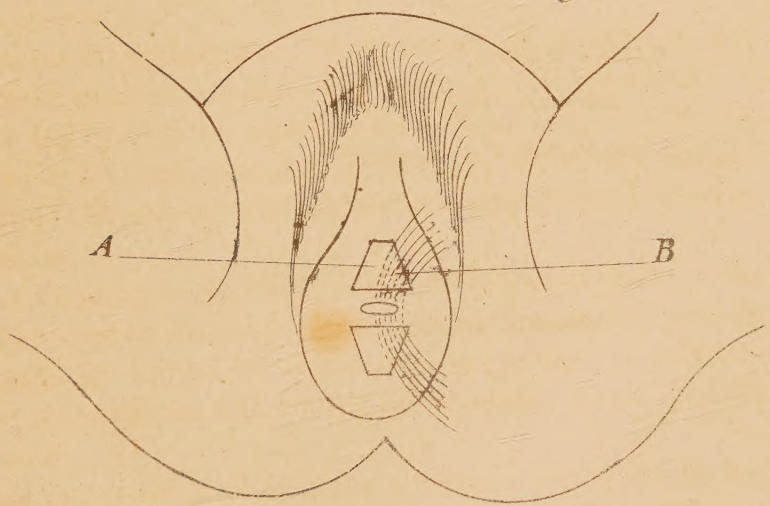


FIG. 3.

A. Surface d'avivement.
B. Points de suture.